

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928. — N° 82

A PROPOS D'UNE OBSERVATION

DE

SARCOME APONÉVROTIQUE DE LA RÉGION INGUINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 mai 1928

PAR

François-Robert PERPEROT

INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX

Né à **BORDEAUX** (Gironde), le 4 juin 1902.

Examineurs de la Thèse	}	MM CHAVANNAZ, professeur . . .	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0034

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928. — N° 82

A PROPOS D'UNE OBSERVATION

DE

SARCOME APONÉVROTIQUE DE LA RÉGION INGUINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 mai 1928

PAR

François-Robert PERPEROT

INTERNE PROVISoire DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 4 juin 1902.

Examineurs de la Thèse	{	M ^M CHAVANNAZ, professeur . . .	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU
W. DUBREUILH, RIVIERE

PROFESSEURS

MM	MM		
Clinique médicale	VERGER	Zoologie et parasitologie	MANDOUL
id.	CASSAET	Médecine expérimentale	MAURIAC
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
id.	BÉGOUIN	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES	Clinique gynécologique	GUYOT
Clinique d'accouchements	N.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS
Anatomie	VILLEMEN	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL	Médec. coloniale et clinique des maladies exotiques	LE DANTEC
Physiologie	PACHON	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES
Hygiène	AUCHÉ	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	CHELLE	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE
Botanique et matière médicale	BEILLE	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER
Pharmacie	DUPOUY		

MM. LABAT (Pharmacie). — DELAUNAY (Physiologie).
MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale)



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Maladies mentales	PERRENS.
Histologie	LACOSTE.	Chirurgie générale	PAPIN.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique	FOURMENT.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	BONNIN.	id.	FAUGÈRE.
id.	AUBERTIN.	Pharmacie	GOLSE.
id.	DAMADE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÈ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire	PAPIN.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.
Puériculture	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes MM. N.
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX :

Externat.

1923. MONSIEUR LE PROFESSEUR POUSSON
MONSIEUR LE DOCTEUR RABÈRE
1924. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. PAPIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEURET
1925. MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUSSOUS (*in memoriam*)
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES
1926. MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVANNAZ

Internat provisoire.

1927. MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CREYX
MONSIEUR LE DOCTEUR PIÉCHAUD
1928. MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEL

A MES JUGES

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la médaille interalliée et de la médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

En témoignage de ma profonde
gratitude.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté de médecine et les hôpitaux de Bordeaux, c'est pour nous un devoir bien agréable d'inscrire à la première page de ce travail le nom de nos maîtres.

M. le professeur Chavannaz, à qui nous devons le sujet de cette thèse et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'en accepter la présidence, a droit, à trop de titres, à notre reconnaissance pour qu'il nous soit possible de la lui exprimer entièrement ici ; auprès du chirurgien comme auprès du maître, nous avons toujours trouvé l'accueil le plus favorable ; nous ne saurons jamais trop l'en remercier.

C'est chez M. le professeur Pousson que nous fîmes notre premier stage d'externat ; l'enseignement que nous y avons reçu nous a fait aimer tout particulièrement l'urologie. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

En médecine, nous conserverons le regret d'être passé trop rapidement dans le service de M. le professeur Cassaët ; cependant, les quelques semaines durant lesquelles nous avons pu profiter de son enseignement ont eu sur notre formation médicale une trop heureuse influence pour qu'il ne nous permette pas de nous considérer un peu comme son élève.

Qu'il nous soit permis de remercier également M. le professeur agrégé Papin et M. le docteur Piéchaud pour les leçons qu'ils nous ont données dans leur service et pour les preuves de sympathie qu'ils ont bien voulu nous témoigner.

Nous terminons notre stage chez M. le docteur Brindel ; nous conserverons le souvenir de sa très grande bienveillance à notre égard.

A PROPOS D'UNE OBSERVATION

DE

SARCOME APONÉVROTIQUE

DE LA RÉGION INGUINALE

INTRODUCTION

A propos d'une observation de sarcome aponévrotique que notre maître, M. le professeur Chavannaz, a bien voulu nous communiquer, nous avons recherché quelles étaient les particularités cliniques et histologiques qu'entraînait, en général, une telle origine.

Parmi les traités classiques de pathologie et d'anatomie pathologique que nous avons consultés, il n'en est aucun qui fasse de cette question une étude particulière. Cela nous a paru d'autant plus étonnant que tous, cependant, en signalent l'existence et, qui plus est, l'extrême fréquence. Ménétrier, par exemple, dans son *Traité du cancer*, rappelle que « si les sarcomes peuvent se rencontrer à peu près dans tous les points de l'économie, le tissu qui leur donne naissance étant lui-même à peu près présent partout, ils ont néanmoins des sièges de prédilection, justement ceux où le tissu conjonctif est le plus abondant, en premier lieu les aponévroses et les fascias ».

Quant aux travaux ou articles originaux faits sur ce sujet, ils

n'apportent guère d'éclaircissements nouveaux et certains auteurs même nient l'existence des sarcomes aponévrotiques.

C'est pourquoi, à l'occasion de l'observation dont nous parlions plus haut, il nous a paru intéressant de rechercher comment de telles contradictions pouvaient s'expliquer.

Intéressante par son origine, cette tumeur l'est également par sa localisation; située au voisinage du canal inguinal, elle pose, au point de vue clinique, toute la question du diagnostic des tumeurs malignes de cette région; c'est cette étude que nous nous proposons de faire dans la seconde partie de ce travail.

HISTORIQUE.

Virchow, Broca, dans leurs *Traité des tumeurs*, signalent la fréquence des sarcomes aponévrotiques, mais comme les auteurs modernes, là s'arrête l'étude qu'ils en font. Pour Virchow cependant, ils se développeraient souvent de part et d'autre de l'aponévrose, celle-ci les coupant en deux parties symétriques.

Hénocque (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. *Sarcome*) assigne comme caractère commun dominant du sarcome son point de départ dans le tissu conjonctif ou lamineux.

Heurtaux (*Dictionnaire de médecine*) lui reconnaît une symptomatologie spéciale due aux connexions avec le tissu fibreux, démontrées par le peu de mobilité de la tumeur; pour lui, ils sont presque toujours fasciculés.

Lannelongue, de Bordeaux (Société de médecine de Paris, 1867), dans une étude des tumeurs fibro-plastiques, Malhervé, Cosserat, dans leurs thèses sur le même sujet, signalent la prédilection toute particulière de ces tumeurs (dans lesquelles ils classent les sarcomes) pour les aponévroses des membres inférieurs, la partie supérieure de l'aponévrose fémorale surtout.

Mengarduque s'occupe le premier tout particulièrement de la question; pour lui, les sarcomes aponévrotiques n'existent pas, ils n'ont que des adhérences secondaires avec ces tissus; ils prennent naissance, en réalité, dans les tissus voisins, les muscles en particulier.

Claret, dans une thèse (Paris, 1903) très documentée sur les tumeurs malignes de la paroi abdominale, rapporte de nom-

breuses observations de fibrosarcomes et de sarcomes purs de la paroi ; à la plupart d'entre eux, il reconnaît une origine aponévrotique.

Majour réunit plusieurs observations personnelles à propos desquelles il fait une étude anatomo-pathologique et clinique des sarcomes aponévrotiques ; leurs caractères microscopiques et macroscopiques ne diffèrent pas pour lui de ceux des sarcomes en général.

Bolognesi, enfin, dans une étude des tumeurs des aponévroses, où il ne semble pas avoir eu connaissance des travaux français faits sur cette question, s'étonne de ce que ces tumeurs soient si peu étudiées.

Dans les traités classiques, il n'en est pas question ; les auteurs se contentent d'en citer l'existence.

Quant à leur développement au voisinage du canal inguinal, il nous a été impossible d'en trouver une observation, en dehors de celle que nous rapportons.

Hellmann, dans une thèse déjà ancienne sur l'origine des sarcomes des parties molles de la région inguinale, étudie surtout, en réalité, les tumeurs du triangle de Scarpa. Dans le canal inguinal, il cite des observations de sarcomes développés aux dépens des éléments du cordon ou du testicule en ectopie, mais il n'est pas question à ce niveau des aponévroses.

Gross, au Congrès de chirurgie (Paris, 1893), signale, à propos des fibromes du canal, la possibilité du développement de tumeurs malignes et rapporte un cas de cysto-sarcome ; il n'a aucun rapport avec la tumeur qui fait le sujet de cette thèse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Mengarduque, qui nie l'existence des sarcomes aponévrotiques, donne à l'appui de sa thèse les raisons suivantes* :

α) On ne peut trouver, au point de vue clinique, une seule observation convaincante, ne prêtant pas à la critique ;

β) A l'intervention, s'il existe des rapports entre la tumeur et l'aponévrose, ils ne sont que secondaires, dus à l'extension du néoplasme qui a pris naissance dans les tissus voisins ;

γ) L'examen histologique ne montre, en effet, aucune lésion du tissu mère, la tumeur est adhérente à la membrane, mais n'envahit pas le tissu fibreux ;

δ) Tout cela s'explique fort bien, dit-il, si l'on songe qu'au niveau des aponévroses, les vaisseaux étant très rares, les échanges très réduits, les membranes n'ont, en somme, que des attributions d'ordre physique ;

ε) En résumé, les sarcomes dits « aponévrotiques » sont, dans la plupart des cas, des tumeurs venues des tissus voisins : les muscles, presque toujours, sont leur point d'origine.

Si, parmi ces objections, il n'en est pas, nous le verrons de bien convaincantes, elles nous montrent du moins à quelles difficultés on se heurte pour identifier de pareilles tumeurs, difficultés qui résident avant tout dans la nature du tissu qui est en cause.

En effet, les aponévroses forment des membranes très minces en rapport étroit avec les organes qu'elles entourent ; d'où tendance des tumeurs qui s'y développent à s'extérioriser très vite et à envahir les tissus voisins. Lorsqu'un ostéo-sarcome prend naissance dans une épiphyse, il détruit, disloque le tissu osseux,

et ce n'est qu'après avoir pris des proportions considérables qu'il en dépasse les limites. Dans une aponévrose, au contraire, il n'y a, si je puis dire, rien à détruire, et à moins de s'étendre en surface seulement, de manière à en épouser tous les contours, la tumeur ne sera reliée à son point d'origine que par un simple pédicule, alors que les tissus voisins seront largement envahis. C'est ainsi que les adhérences avec les muscles, par exemple, étant les plus fréquentes, on aura tendance à considérer ce tissu comme le point de départ de la néoplasie. Même lorsqu'il s'agit de fibrosarcomes entourés à leur début, pourtant, d'une coque fibreuse, l'infiltration intramusculaire est rapide : « Dans ce cas, disent Labbé et Remy, l'infiltration sarcomateuse s'étend toujours plus loin que ne le ferait supposer l'examen à l'œil nu. Lorsque les limites sont marquées par une coque fibreuse, celle-ci, formée de tissu conjonctif adulte, se continue sur chacune de ses faces : d'un côté, avec le tissu sarcomateux ; de l'autre, avec le tissu conjonctif interfasciculaire des faisceaux musculaires voisins. Toutefois, cette coque fibreuse est loin d'être un obstacle à la progression du néoplasme ; autour des nombreux vaisseaux, entre les faisceaux musculaires, on trouve des traînées sarcomateuses, nombreuses du côté de la tumeur, plus rares à mesure qu'on s'en éloigne, mais que l'on peut suivre en dehors de la capsule entre les faisceaux voisins atrophiés par la compression. La coque fibreuse n'est donc qu'un signe trompeur de délimitation. »

A ce moment de leur évolution, il devient donc impossible d'affirmer nettement le point de départ du néoplasme, mais on ne peut non plus, comme le fait Mengarduque, nier la possibilité de son développement aponévrotique, la constitution, la disposition de ces membranes ne permettant pas une évolution différente.

De plus, il est bien vrai que les aponévroses constituées par un tissu conjonctif et fibreux, aux éléments fortement tassés, mal vascularisé, n'ont qu'une faible vitalité, mais nous ne voyons là qu'une cause défavorable au développement des sarcomes et non point une cause empêchante ; nous nous rangerions volon-

tiers à l'avis de Majour lorsqu'il dit : « L'absence des vaisseaux dans le tissu aponévrotique peut expliquer l'évolution et l'accroissement pénible des sarcomes qui s'y développent », car nous verrons, en effet, que ces tumeurs évoluent souvent en deux temps, ne révélant leur extrême malignité qu'après une période de latence plus ou moins longue.

Par conséquent, le peu d'étendue des rapports, l'absence de tissu mère à l'intérieur de la tumeur, la rareté des vaisseaux dans les aponévroses ne sont pas des raisons suffisantes pour ne pas admettre l'existence de ces tumeurs. Pouvons-nous, par contre, l'affirmer ?

Bolognesi pense qu'il est vraiment difficile d'en admettre la rareté dans un tissu conjonctif aussi commun. C'est certainement sur cette même idée que s'appuient la plupart des auteurs pour en signaler la fréquence ; si évidente qu'elle paraisse, ce n'est qu'une hypothèse, très discutable comme nous venons de le voir.

En réalité, seuls l'examen macroscopique de la tumeur, l'étude de ses rapports à l'observation clinique et à l'intervention pourront la caractériser suffisamment. Mais pour cela, il faut, ou bien que cet examen soit fait au début de l'évolution, ou bien que la tumeur soit localisée dans une région dont les tissus soient assez lâches pour permettre son libre développement.

La première condition ne se trouve que bien rarement réalisée, les malades ne venant consulter que trop tardivement ; et nous avons vu que, même dans le cas de fibrosarcome, l'envahissement des muscles voisins est rapide.

La seconde semble pouvoir se rencontrer plus facilement, par exemple lorsque la tumeur implantée seulement sur la face externe de l'aponévrose envahit des espaces cellulaires lâches, tels certains points du tissu cellulaire sous-cutané.

Dans l'observation de notre malade, il était ainsi facile d'en affirmer les rapports.

En effet, développée au voisinage du canal inguinal, à cheval sur son orifice externe, la tumeur apparut à l'intervention du

volume d'un petit abricot environ, irrégulière, fixée aux plans aponévrotiques au niveau de l'orifice externe du canal, tellement qu'il fallut l'en détacher aux ciseaux. Par ailleurs, elle était adhérente aux éléments du cordon, mais ceux-ci ne présentaient aucune lésion et purent être dégagés. Elle était, en outre, indépendante des autres organes, si bien que son origine apparaissait nettement.

En somme, on voit qu'au point de vue anatomo-pathologique, le diagnostic d'origine peut, dans certains cas, être fait avec certitude, mais seulement par les caractères macroscopiques de la tumeur. Si, dans la plupart des cas, il ne peut être que soupçonné, il faut en accuser la nature même du tissu aux dépens duquel ces néoplasmes se développent.

L'examen histologique nous en révèle par ailleurs la nature.

Pour Billroth (pathologie générale chirurgicale), les sarcomes observés au niveau des aponévroses sont, le plus souvent, des sarcomes fusiformes. C'est, en effet, ceux qui semblent le plus souvent rencontrés, soit qu'il s'agisse de sarcomes purs ou encore de fibro-sarcomes. Dans ce dernier cas, il y a mélange de parties fibreuses et de parties celluleuses : l'aspect différera suivant les points regardés.

Toutes les autres formes de sarcomes peuvent également s'observer. Majour, sur 21 cas de sarcomes aponévrotiques, a rencontré :

- 1 sarcome mixte à cellules rondes et fusiformes ;
- 2 sarcomes à grandes cellules fusiformes ;
- 2 sarcomes à petites cellules fusiformes ;
- 2 myxosarcomes et 16 fibrosarcomes.

Gross a publié l'observation d'un cysto-sarcome du canal inguinal dont l'origine n'était pas bien établie ; nous nous contentons donc de le citer.

Dans notre observation, il s'agissait d'une tumeur constituée par des cellules très nombreuses, très serrées, généralement arrondies, à noyau relativement gros. Les vaisseaux étaient très

fins, à parois très minces, sans avoir toutefois l'aspect lacunaire réalisé dans certains sarcomes. Il existait une assez grande abondance de tissu collagène. Enfin, on observait en certains points des tractus conjonctifs assez épais analogues à des capsules.

De cet examen, on conclut à l'existence d'un sarcome à cellules rondes (M. le docteur Pierre Nadal).

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des sarcomes aponévrotiques est celle des sarcomes en général. Se développant surtout à l'âge moyen de la vie, ils ne sont cependant pas rares chez les jeunes. Leur fréquence est difficile à établir, variable suivant les régions; elle semble plus grande au niveau de la partie supérieure de la cuisse, le cou et la paroi abdominale antérieure paraissant ensuite les plus souvent atteints.

Un fait, intéressant l'étiologie des tumeurs du canal inguinal, nous a paru digne d'être noté dans l'observation que nous rapportons.

Le malade dont il s'agit était, depuis l'âge de 12 ans, porteur d'une hernie, que, depuis cette époque, il maintenait par un bandage; âgé de 70 ans au moment où il vient consulter pour la maladie actuelle, on peut se demander s'il n'existerait pas un rapport entre le traumatisme ainsi provoqué, traumatisme répété et si longtemps prolongé, et la tumeur dont il est porteur.

Cette question a, depuis longtemps déjà, été envisagée par de nombreux auteurs à propos de l'étiologie des diverses tumeurs malignes du canal.

Lejars, dans un article de la *Gazette des hôpitaux* (1889), avait écrit : « Par les frottements, par la pression du bandage, par les alternatives de réduction et de sortie, par les efforts, par le traumatisme, une hernie est, plus que toute autre tumeur, soumise à une irritation presque incessante qui favoriserait le développement du cancer »; et plus loin : « Il y a là un document de plus pour le dossier traumatisme et cancer; jusqu'à l'époque prochaine où nos idées sur l'origine et la nature du

cancer seront fondées sur de meilleures assises, la pathogénie réelle en reste encore obscure. Ce qu'il faut retenir, ce sont les faits, et parmi eux il faut compter les néoplasmes herniaires. »

Il en est de même dans le cas de cancer du testicule en ectopie inguinale, car s'il est vrai que « les malformations et les anomalies d'un organe prédisposent aux maladies » (Ledouble), certaines statistiques (Tuder, Le Dentu) montrent cependant que cette fréquence n'atteint pas le testicule en ectopie abdominale. C'est pourquoi on est plutôt tenté d'en accuser les traumatismes, et parmi eux celui provoqué par le bandage; la plupart de ces malades atteints de cryptorchidie en sont, en effet, porteurs, soit pour maintenir une hernie coexistante, soit qu'à la suite d'une erreur de diagnostic, un pareil traitement leur ait été conseillé.

L'histoire de notre malade semble devoir venir s'ajouter à ces faits; mais pas plus que Lejars, il y a quarante ans, il ne nous est possible aujourd'hui d'affirmer le rapport existant entre ce traumatisme et le cancer qui s'est développé.

Pour Segond, « la réalité d'un prétexte originel traumatique s'observe plus souvent et plus nettement pour les sarcomes que pour les autres tumeurs. Il est moins rare de rencontrer des sarcomes d'origine traumatique que des cancers épithéliaux relevant de la même cause ».

Pour Bérard, il semble, par contre, qu'un traumatisme répété, prolongé, soit plus souvent observé au début d'un épithélioma. Néanmoins, d'après lui, une irritation chronique se retrouve encore dans 18,5 p. 100 des cas de sarcomes.

Claret, sur 15 cas de sarcomes de la paroi abdominale d'origine musculo-aponévrotique, a observé dans 3 cas un accroissement rapide, sous l'influence d'un traumatisme, de tumeurs qui, jusque-là, semblaient avoir une évolution bénigne, étant donnée la lenteur de leur développement.

Kirmisson pense enfin que « les sarcomes à point de départ du tissu conjonctif ou des plans aponévrotiques se reconnaissent à leur marche irrégulière; sommeillant pendant plusieurs

années, ils prennent tout d'un coup, sous l'influence d'un traumatisme, un développement considérable ».

Qu'il agisse, soit en servant de prétexte à l'éclosion de la tumeur, soit en en révélant l'existence, soit en donnant un coup de fouet au néoplasme jusque là latent, il n'est pas niable que la notion du traumatisme se retrouve dans de nombreuses observations de sarcomes.

C'est pourquoi dans une région où l'apparition d'une tuméfaction fait avant tout penser à l'existence d'une hernie, il faudra se méfier d'un diagnostic erroné, qui peut entraîner l'application d'un traitement dont les conséquences sur l'évolution d'un néoplasme méconnu peuvent être des plus fâcheuses.

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION

D'une observation, il nous sera impossible de conclure; cependant, la symptomatologie et l'évolution de la tumeur observée chez notre malade sont assez nettement établies pour pouvoir en fixer les caractères généraux.

Aucun signe fonctionnel n'en avait précédé l'apparition; la douleur qui parfois accompagne le sarcome des parois abdominales n'existait pas ici. L'état général s'était bien conservé, comme il arrive plus fréquemment dans ces cas que dans celui d'épithélioma; vigoureux pour son âge, le malade venait seulement pour la tuméfaction qu'il présentait.

Située à cheval sur l'orifice externe du canal inguinal, celle-ci descendait dans la partie toute supérieure des bourses, en même temps qu'elle s'engageait dans le canal.

Dure, bosselée, irrégulière, non douloureuse, elle était indépendante du testicule; la palpation pouvait, de plus, individualiser les éléments du cordon qui se trouvaient placés en avant d'elle.

Son caractère principal était d'être adhérente, profondément fixée aux plans aponévrotiques sous-jacents.

Les ganglions étaient normaux, la peau non altérée.

En dehors d'une hernie droite et gauche et d'une hydrocèle également double, le malade ne présentait rien d'anormal. L'examen du tube digestif et le toucher rectal étaient en particulier négatifs.

Indépendante des éléments du cordon et du sac herniaire qui se trouvait au-dessus d'elle, fixée aux parois du conduit, tels

sont les signes caractéristiques qui permettaient de reconnaître cette tumeur dont la notion de malignité était donnée par son augmentation rapide de volume.

L'évolution se fit vers la formation d'une métastase lombaire dont le malade mourut trois mois environ après l'intervention.

Cette métastase se manifesta par des troubles fonctionnels, sous forme de douleurs violentes irradiées dans les membres inférieurs et par des signes généraux qui entraînèrent une cachexie rapide.

Fréquentes dans les tumeurs de la région, celles du testicule surtout, ces métastases dépendent d'un envahissement des ganglions juxta-aortiques. Dans le cas qui nous occupe, nous nous sommes demandé s'il ne s'agirait pas là plutôt d'une « masse » lombaire, résultant de la propagation, à travers l'orifice interne du canal, de cellules néoplasiques dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; cette évolution s'accorderait assez bien avec celle observée dans la plupart des sarcomes qui, d'après les classiques, n'envahissent les ganglions que dans 7 à 12 p. 100 des cas. Mais, nous devons bien le dire, cela n'est qu'une hypothèse, l'autopsie de notre malade n'ayant pas été faite.

Quoi qu'il en soit, cliniquement, ces métastases sont au début difficilement appréciables, en dehors des signes fonctionnels et de l'état général ; ce n'est souvent qu'après l'intervention, la tumeur primitive étant enlevée, qu'elles se manifestent et prennent alors un développement considérable.

DIAGNOSTIC

La pathologie du canal inguinal est étroitement liée à l'existence de la hernie; l'idée d'une telle affection est la première qui vient à l'esprit du clinicien en présence d'une tuméfaction localisée à ce niveau; sa très grande fréquence, les complications nombreuses qui peuvent l'accompagner en sont cause. On ne doit pas cependant oublier que là également d'autres tumeurs peuvent prendre naissance, et particulièrement des tumeurs malignes qui, par leur gravité, méritent de retenir l'attention. D'origines diverses, elles possèdent une symptomatologie, une évolution presque semblables, qui justifient suffisamment une étude d'ensemble.

Une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis limite en bas la région inguino-abdominale. Les tumeurs qui se développent au-dessous d'elle appartiennent à la partie supérieure de la cuisse, au triangle de Scarpa; mais elles peuvent s'étendre, dépasser l'arcade crurale et venir ainsi dans la région inguinale proprement dite. Morestin, par exemple, rapporte l'observation d'un lymphosarcome du triangle de Scarpa (les plus fréquents parmi les néoplasmes de cette région), dont un prolongement envahit la partie supérieure des bourses et le canal inguinal lui-même; le cordon se trouvait couché en avant de la masse et fut aisément isolé lors de l'intervention. Dans ce cas, le diagnostic est cependant facile, la notion du début étant généralement donnée par le malade et par l'examen, qui montre les relations existantes entre la masse principale primitive et les noyaux secondaires.

En haut, les limites sont beaucoup moins nettes, mais con-

trairement aux tumeurs du canal, qui ont tendance à évoluer vers l'intérieur de la cavité abdominale, les sarcomes de la paroi s'étendent en surface vers l'ombilic, s'ils ont pris naissance dans la gaine des droits, vers les fausses côtes et la partie inférieure du thorax, s'il sont situés latéralement dans les aponevroses des muscles larges. Un signe fait reconnaître en clinique leur origine pariétale : il consiste à faire contracter les muscles du malade ; la tumeur s'immobilise alors, tout en restant perceptible ; c'est la preuve qu'elle fait partie intégrante de la paroi et qu'elle n'est pas située au-dessous d'elle.

Profondément, les tumeurs d'origine osseuse, pubis, os, crête iliaque, seront identifiées par leur fixité ; un examen radiologique en confirmera l'origine.

Superficiellement, en dehors des néoplasmes malins, dont l'extension, nous l'avons vu, est rapide, existent des lipomes développés dans le tissu cellulaire sous-cutané ; leur bénignité, la sensation lobulée qu'ils donnent au toucher, leur mobilité sur les plans fibreux ne permettront pas de les confondre. A côté d'eux, nous citerons les lipomes rétropéritonéaux décrits par Broca ; ils ont, le plus souvent, des dimensions considérables et s'étendent dans l'abdomen en repoussant la séreuse.

Quant aux anévrysmes de la partie supérieure de la fémorale qui pourraient empiéter sur notre région, leurs caractères particuliers, battement, expansion, les feront, le plus souvent, facilement reconnaître.

Enfin, nous signalerons la possibilité du développement d'un kyste hydatique aux dépens des muscles de la paroi. Très rares, leur diagnostic ne se fera, le plus souvent, qu'à l'intervention.

Telles sont les tumeurs que l'on peut rencontrer dans la région inguinale en dehors du canal. Lorsque, au contraire, l'exploration digitale, si facile chez l'homme, montrera qu'il existe des connexions certaines entre la tumeur et les parois du trajet, à quoi faudra-t-il penser ?

Il peut s'agir soit d'une tumeur bénigne, soit d'une tumeur maligne.

Tumeurs bénignes.

L'entérocele, avec ses caractères, consistance, réductibilité, impulsion à la toux, présence d'un pédicule, trop connus pour que nous y insistions ici, sera, dans sa forme commune, facilement diagnostiquée. Nous signalerons seulement la coexistence fréquente d'une hernie, ou tout au moins d'une pointe de hernie, dans les tumeurs du canal, ce qui s'explique facilement par la dilatation forcée de l'orifice interne.

L'épiploocèle chronique pourrait être d'un diagnostic délicat; le simple examen hésitera à l'identifier lorsque son principal caractère, la réductibilité, aura, par suite d'adhérences, disparu. Les accidents subaigus dont son évolution est souvent entrecoupée seront alors un point d'appréciation important.

Enfin, en dehors des tumeurs herniaires que nous étudierons plus loin, nous signalerons ici la tuberculose, se manifestant par une augmentation de volume de la hernie qui devient dure et irréductible. Irrégulièrement bosselée, mollasse par place, elle peut se présenter parfois avec les caractères d'une tumeur véritable. Mais il existe alors des signes de tuberculose péritonéale ou plus rarement testiculaire qui mettront sur la voie du diagnostic.

Les kystes du cordon, les hydrocèles enkystées forment des tumeurs lisses, fluctuantes, rénitentes, dont l'évolution chronique prouve assez en faveur de leur bénignité. Il en est de même des kystes du canal de Nuek chez la femme.

Nous ne ferons que signaler aussi, étant donnée leur rareté dans cette région, les abcès par congestion venus des articulations ou du squelette voisins.

L'étude des fibromes nous retiendra plus longtemps. Développés aux dépens du ligament rond, ils seraient, pour Guinard, d'origine exclusivement génitale. Leur fréquence beaucoup plus grande chez la femme en serait la preuve. Pour Guyon, Labbé et Rémy, au contraire, ils se développeraient surtout au niveau des aponévroses. Ces deux opinions sont vraies à condition de ne pas être exclusives.

Cliniquement, ces deux formes de fibromes ont des caractères communs : consistance dure, régulière, forme allongée dans le sens du canal, irréductibilité, évolution bénigne; et des caractères propres à chacune : développement chez la femme, augmentation de volume au moment des règles, diminution dans l'intervalle, lorsqu'ils sont d'origine génitale; absence de tous ces signes, développement aussi bien chez l'homme que chez la femme, s'ils sont d'origine aponévrotique.

Dans ce dernier cas surtout, le diagnostic avec un sarcome pourrait, au début, être difficile, d'autant plus que leur transformation maligne a été plusieurs fois observée. C'est pourquoi aussitôt qu'ils sont reconnus, il est recommandé de pratiquer leur extirpation.

Quant aux fibromes développés aux dépens des éléments du cordon, ils sont rares; bien plus souvent on observe à ce niveau des lipomes qui, d'après Patel et Chaliér, formeraient 35 p. 100 des cas de tumeurs du cordon. Ils atteignent, en général, d'assez grandes proportions et, sortant par l'orifice externe du canal, se développent alors dans les bourses. Plus rarement, ils forment de petites tumeurs lobulées, multiples en apparence, donnant l'impression d'un chapelet graisseux le long du cordon (Sébileau et Descomps). En aucune manière l'idée de sarcome ne pourra donc être envisagée dans ce cas.

Il n'en sera pas de même lorsqu'on se trouvera en présence de certaines tumeurs rarement observées, il est vrai, mais dont la pathogénie assez curieuse et la tendance à la transformation maligne méritent de retenir notre attention; il s'agit des tumeurs développées chez la femme aux dépens de restes embryonnaires du corps de Wolff. Décrites depuis longtemps en Allemagne par Cullen et Reklingshausen, elles furent signalées en France, presque en même temps, par Lecène et Chevassu.

Elles sont caractérisées par l'existence de formations épithéliales au milieu d'une trame musculo-aponévrotique; or, dans cette région, il n'existe pas normalement de tissu épithélial; c'est pourquoi leur origine embryonnaire avait été soupçonnée. Chevassu en a donné la preuve, en découvrant, à l'examen his-

tologique d'une de ces tumeurs, un glomérule rénal parfaitement constitué et sur la nature duquel aucun doute n'était possible : leur origine mésonéphrotique était donc démontrée.

Cliniquement, elles siègent dans le canal, à cheval souvent sur l'orifice externe, presque toujours à droite; leur volume, en général peu considérable, varie de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de poule. Immobiles le plus souvent, elles peuvent, dans certains cas, être refoulées, mais jamais abaissées, si bien qu'elles semblent alors fortement « amarrées » vers le haut; elles ne sont pas douloureuses.

A l'intervention, elles se montrent très adhérentes aux apopévroses.

En somme, cliniquement, elles sont assez difficilement différenciables si l'on songe surtout qu'elles peuvent, à un moment de leur évolution, avoir un accroissement rapide. Mais l'examen histologique permettra aussitôt de les identifier en montrant à leur intérieur des éléments épithéliaux.

Tumeurs malignes.

Développées soit à l'intérieur du canal inguinal lui-même, soit au niveau de l'un de ses deux orifices, ces tumeurs ont des origines les plus diverses. C'est pourquoi, avant d'en entreprendre l'étude, il nous a paru qu'une classification en était nécessaire; nous les diviserons en :

A. — Tumeurs primitives :

- 1° Développées aux dépens d'éléments normaux : Cordon spermatique, ligament rond ;
- 2° Aux dépens d'éléments anormalement placés : Testicule en ectopie, testicule surnuméraire, hernie, restes embryonnaires.

B. — Tumeurs secondaires à des cancers :

- 1° Des viscères abdominaux ;
- 2° Des organes génitaux de l'homme.

A. — TUMEURS PRIMITIVES. — 1° *Tumeurs malignes du cordon spermatique.* — Les plus fréquentes sont les sarcomes ; après les lipomes, ce sont les tumeurs le plus souvent observées à ce niveau ; elles se rencontreraient dans 20 p. 100 des cas de tumeurs du cordon, d'après Patel et Chalier ; quelques observations de tumeurs mixtes ont été rapportées ; une seule observation authentique de carcinose existerait (thèse de Darbeau).

Développés au niveau de la partie moyenne du cordon ou de sa portion funiculaire haute, ces sarcomes ont tendance à descendre dans les bourses, où ils peuvent acquérir un développement considérable ; ils agissent presque toujours sur la vaginale, même lorsqu'ils n'ont avec elle aucun contact direct, provoquant la formation d'une hydrocèle ou d'une hématocele. D'autres, moins nombreux il est vrai, se dirigent vers la partie supérieure du canal, plongeant parfois jusque dans la fosse iliaque.

Cliniquement, le cordon, au-dessus de la tumeur, est plus volumineux que normalement ; à son niveau, il ne peut être isolé, tous ses éléments étant englobés par la masse ; celle-ci, soulevant la paroi, fait corps avec elle lorsqu'elle est développée en plein canal ; il n'est pas rare d'observer alors une dilatation marquée des veines de la paroi. Par ailleurs, ses caractères de consistance, de volume, de forme, n'offrent rien de particulier.

Son évolution se fait vers les bourses ou vers la cavité abdominale ; c'est ainsi que Patel et Chalier rapportent l'observation d'un malade porteur d'une tumeur de l'aîne droite, comprise entre les éléments du cordon, chez lequel, à l'autopsie, on trouva un envahissement complet du bassin avec des métastases au niveau du foie et de la rate.

Ces tumeurs, on le voit, se rapprochent beaucoup, par leurs signes cliniques et leur évolution, du sarcome aponévrotique que nous avons décrit. Un seul point les en sépare : leurs connexions intimes avec les éléments du cordon qu'elles englobent et qu'il est alors impossible de dégager.

2° *Ligament rond.* — Les tumeurs malignes résultent d'une transformation sarcomateuse des fibromes développés à ce

niveau. Bien que signalée par quelques auteurs, nous n'avons pas trouvé d'observations en faisant foi; c'est pourquoi nous nous contentons d'en admettre la possibilité.

3° *Testicule en ectopie inguinale.* — Nous savons que, toutes proportions gardées, le cancer est plus fréquent sur un testicule ectopié que sur une glande normalement placée.

Il s'agit le plus souvent de séminomes, et parmi eux on doit comprendre les tumeurs décrites autrefois, à ce niveau, sous le nom de sarcome. Plus rarement, on y rencontre des tumeurs mixtes.

Au début, il ne peut exister que quelques signes fonctionnels; ce sont des douleurs plus ou moins violentes, lancinantes, aiguës parfois, exagérées par la pression, par la marche; ressemblant à des tiraillements, elles peuvent survenir par crises assez courtes.

La tumeur apparaît ensuite. Augmentant peu à peu de volume, il n'est pas rare de la voir atteindre la grosseur d'une tête de fœtus. Peu adhérente tout d'abord, elle peut, par son poids, entraîner le testicule dans la bourse vide, lui faisant effectuer ainsi sa migration complète, ce dont les malades se félicitent en général. Plus rarement, elle peut venir se placer en avant du muscle grand oblique (cas de Chavannaz, de Gama).

Lorsqu'elle demeure dans le canal, elle en soulève les parois qui s'amincissent; la peau est tendue, sillonnée de veinules dilatées. La bourse du côté malade est vide.

L'évolution, lente au début, procédant alors par crises, devient, à partir d'un certain moment, extrêmement rapide. C'est alors qu'apparaissent les métastases lombaires; à une période de l'évolution du cancer du testicule, elles peuvent être considérées comme constantes, même si l'examen clinique n'en révèle pas l'existence; beaucoup plus rarement, exceptionnellement même, il peut y avoir généralisation sous envahissement des ganglions lombaires: 2 fois seulement sur 117 cas examinés par Grégoire. La précocité de ces métastases donne au cancer du testicule une gravité toute particulière.

Chez notre malade, la glande génitale était à sa place normale et n'avait aucun rapport avec la tumeur. Au cours de l'intervention, la vaginale ne fut pas ouverte. Il ne pouvait y avoir donc aucun doute au sujet de ce diagnostic.

4° *Testicule surnuméraire*. — Les cas de testicule surnuméraire, histologiquement prouvés, sont très rares. Lecène en signale 10 observations actuellement connues; ces testicules présentent, en général, la structure des testicules ectopiques tels qu'on les trouve chez l'adulte. Bien que nous ne connaissions aucun cas de tumeurs développées aux dépens de pareils organes, nous en signalons cependant la possibilité; cela, on le conçoit, ne sera jamais qu'un diagnostic d'exception.

5° *Tumeurs herniaires*. — Lejars les divisait autrefois en intrasacculaires, sacculaires et périsacculaires. Les deux premières ont seules une individualité bien marquée, les autres ne sont le plus souvent que des kystes de nature bénigne qui, pour Lejars, seraient des hygromas apparus à la suite de frottements répétés.

Elles peuvent être primitives ou secondaires au développement d'un cancer viscéral.

Elles apparaissent chez des individus qui, depuis longtemps, sont porteurs de hernies jusque-là bien tolérées.

Leur début est insidieux; à la période de complet développement, on sent une masse plus ou moins volumineuse formée parfois d'une série de nodosités, de consistance variable; cette masse peut se réduire ou du moins paraît se réduire partiellement, une partie de la hernie rentrant alors dans l'abdomen.

Plus que toute autre, ces tumeurs ont tendance à envahir la cavité abdominale. A ce propos, nous citerons l'observation rapportée par Gros-Devaud dans sa thèse; il s'agissait d'un homme de 71 ans qui, porteur d'une vieille hernie, est pris subitement d'accidents d'étranglement. A l'opération, on trouve une masse bosselée, dure, de coloration blanchâtre, adhérente aux parois du sac; on libère, mais elle se continue à travers l'anneau inguinal dans la cavité abdominale par un pédicule

très rétréci. On fait un anus contre nature. Le malade meurt trois jours après. A l'autopsie, le méso-iléo-pelvien est infiltré par une masse plongeant dans le petit bassin, ayant en coupe l'aspect sarcomateux. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un myxosarcome pur pour la tumeur de la région inguinale, d'un fibrosarcome pour celle de la région inguinale. Gros-Devaud rapporte également l'observation de Munley dans laquelle une tumeur adhérente au sac plongeait, par l'orifice interne, dans la cavité abdominale; l'examen histologique était : fibrosarcome.

Malgré son évolution et malgré sa nature, la hernie dont notre malade était porteur ne peut être rangée à côté de celles-là, car elle était nettement séparée et complètement indépendante du sac de la hernie coexistante.

B. — TUMEURS SECONDAIRES. — 1° *A un cancer du testicule.* — Il existe dans le canal inguinal de petits ganglions échelonnés le long des lymphatiques du cordon; ils peuvent, rarement il est vrai, être atteints dans le cancer du testicule, de manière à former une masse considérable. Mais la masse principale sous-jacente aura bien vite fait d'en montrer l'origine.

2° *A un cancer des viscères abdominaux.* — L'extension se fait soit par le tissu cellulaire rétropéritonéal, soit par l'intermédiaire d'un des organes s'engageant par l'orifice interne du canal; elle est facilitée chez l'enfant par la persistance du conduit péritonéo-vaginal.

De même nature que le néoplasme primitif, ces tumeurs pourront être la première manifestation d'un cancer profondément situé et jusque-là latent.

Durand rapporte dans sa thèse l'observation d'une femme qui était porteur d'une tumeur du canal inguinal droit. Le diagnostic clinique était sarcome aponévrotique. En réalité, l'examen histologique montra que les faisceaux du muscle lisse du ligament rond étaient dissociés par l'infiltration sarcomateuse. Six mois après, elle revient présentant des douleurs au niveau du bas-ventre, de l'incontinence d'urines, de l'ascite;

l'intervention montre alors une tumeur cancéreuse diffuse du petit bassin dont le point de départ est difficile à déterminer; vraisemblablement, disent les auteurs, il s'agit d'un cancer des annexes avec secondairement un noyau d'extension dans le ligament rond.

Il nous a paru à ce sujet également intéressant de résumer l'observation suivante de MM. Denucé et Rabère :

D. M..., âgé de 3 ans 1/2. Entre à l'hôpital pour phénomènes abdominaux graves; pris subitement de vomissements alimentaires, en même temps que son ventre devient dur, tendu et ballonné, le malade ne paraît pas souffrir et ne présente pas de fièvre. On observe en même temps la présence d'une tumeur inguinale, volumineuse, dure, tendue, très douloureuse à la pression. Il existe au niveau de l'abdomen une circulation collatérale très marquée. La palpation de la fosse iliaque droite permet de constater la présence d'une tumeur volumineuse, régulière, assez nettement limitée.

Intervention: Incision de la cure radicale de la hernie; l'ouverture du conduit péritonéo-vaginal persistant montre que ce conduit est occupé par une tumeur oblongue, à surface lisse et régulière, ayant le volume d'un œuf de poule; de légères tractions exercées sur cette tumeur, permettent d'attirer en dehors une anse intestinale sur le bord libre de laquelle elle était insérée. On constate qu'il existe dans le ventre un grand nombre de tumeurs analogues. A l'examen histologique, il s'agissait d'un lymphosarcome.

En réalité, dans cette observation, il s'agit plutôt d'une hernie de la tumeur que d'une propagation; mais l'intestin se trouvant normalement placé dans la cavité abdominale, nous avons pensé qu'il valait mieux la ranger dans la classe des tumeurs secondaires que dans celle des tumeurs herniaires.

L'exemple de ces malades nous montre donc que dans le cas de tumeur maligne du canal inguinal un examen complet doit être pratiqué; particulièrement le tube digestif, et chez la femme l'utérus et les annexes, sont le plus souvent en cause.

En résumé, on voit que, dans notre observation, le diagnostic de sarcome aponévrotique ne pouvait être porté qu'après recherche des nombreux signes négatifs permettant d'éliminer les tumeurs d'autre origine développées à ce niveau. Ce diagnostic avait son importance puisqu'il permettait d'envisager la possibilité d'un traitement radical, tout en respectant les éléments nobles de la région.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic des sarcomes aponévrotiques dépend avant tout de la nature histologique de la tumeur; c'est pourquoi ce pronostic est, en grande partie, celui des sarcomes en général; lorsqu'ils seront formés de cellules rondes, on pourra pronostiquer une évolution rapide, une malignité très grande; moindre, au contraire, s'il s'agit de sarcomes à cellules fusiformes.

Il semble dépendre aussi de leur siège; il est à remarquer que les tumeurs des aponévroses sont plus facilement bénignes au niveau de la paroi abdominale, plus facilement malignes dans les autres parties de l'organisme. Le sarcome du canal inguinal fait, si nous en croyons notre observation, exception à cette règle, et semble, à ce point de vue, se rapprocher des sarcomes des aponévroses de la racine de la cuisse qui ont une malignité toute particulière.

Enfin, il faudra tenir compte de l'existence de métastases: l'envahissement des ganglions lombaires ou du tissu cellulaire rétropéritonéal est du plus fâcheux pronostic.

Quand commence cet envahissement? Il est difficile de répondre. Pour le cancer du testicule, à propos duquel cette étude a été faite par Grégoire, il est impossible de savoir à quelle époque se fait la propagation; ni le volume de la tumeur, ni sa durée ne peuvent donner aucun renseignement. Seule l'exploration lombaire a une grosse valeur diagnostique, mais au point de vue pronostic, elle n'en a aucune, la masse étant alors trop volumineuse pour être extirpable.

C'est l'opération exploratrice qui seule, au début, pourra renseigner sur l'état des métastases.

Le traitement sera chirurgical lorsqu'on pourra envisager la possibilité de tout enlever. Dans le cas qui nous occupe, l'incision de la cure radicale de la hernie semble la plus indiquée.

S'il existe, au contraire, des métastases lombaires, nous pensons qu'un pareil traitement doit être abandonné; car non seulement on ne pourrait tout enlever, le tissu cellulaire étant envahi, mais on risquerait de donner à ces métastases un véritable coup de fouet qui activerait encore leur évolution.

C'est donc au traitement radio ou radiumthérapique qu'il faudra s'adresser.

Entre rayons X et radium, que doit-on choisir? Il semble que les sarcomes étant des tumeurs particulièrement radiosensibles, les rayons X suffisent; d'autre part, ils peuvent être préférés à cause de l'étendue de la surface qu'ils irradient et de la commodité de leur application; enfin, dans les sarcomes profonds, ils semblent également mieux indiqués, leur affaiblissement en profondeur étant beaucoup moins marqué.

Les résultats semblent assez encourageants pour les sarcomes superficiels, mauvais pour les sarcomes profonds. Les sarcomes à cellules rondes étant les moins différenciés semblent offrir le plus de prise à l'action des rayons; après eux, viennent les sarcomes à myéloplaxes, les myxosarcomes et enfin les sarcomes fuso-cellulaires plus organisés.

Nous n'entrerons pas ici dans le détail des doses à employer, nous contentant de signaler que les doses massives sont dangereuses, ayant pu produire dans le cas de sarcomes des accidents parfois mortels.

OBSERVATION

M. le professeur CHAVANNAZ.

X..., 70 ans, sans profession.

Vient nous consulter, le 5 juillet 1927, pour une tumeur siégeant du côté gauche des bourses et dans la région du cordon; cette tumeur est apparue il y a deux mois environ, sans cause connue; depuis, elle grossit légèrement.

Perperot

M. X... a des antécédents peu chargés; pas de syphilis; fracture de la jambe et du bras; un de ses frères est mort accidentellement; sa femme et une fille sont mortes de tuberculose pulmonaire. Il lui reste un fils et une fille bien portants.

Il porte, depuis l'âge de 12 ans, un bandage herniaire.

Examen. — Le malade se présente comme assez vigoureux pour son âge. Il porte de chaque côté une petite hernie inguinale réductible; de chaque côté également existent des signes d'une petite hydrocèle vaginale.

A gauche, on sent, dans la portion funiculaire haute du cordon, une tumeur du volume d'un petit abricot, irrégulière, dure, non douloureuse. La palpation permet d'individualiser avec quelques difficultés les éléments du cordon qui se trouvent placés en avant de la tumeur, laquelle semble adhérente aux plans profonds.

La peau n'est pas altérée; il n'y a pas de ganglions.

Le toucher rectal est négatif; les mictions sont normales, les réflexes vifs. L'auscultation du cœur est négative.

Le malade est revu le 16 juillet, la situation n'est pas modifiée; on conseille l'intervention.

Celle-ci est pratiquée le 5 septembre 1927. L'incision faite au niveau de la tumeur conduit sur un néo un peu irrégulier de contour, particulièrement fixé aux plans aponévrotiques au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Avec beaucoup de difficultés, le cordon peut être dégagé et la masse se trouve isolée, à l'aide des ciseaux, des connexions qui la retenaient aux parties avoisinantes, plus particulièrement au niveau des aponévroses limitant l'orifice inguinal externe.

La guérison est obtenue *per primam*, mais vers le quinzième jour le patient se plaint de douleurs au niveau des régions lombaires sans que la palpation permette de trouver là une tuméfaction. Ces douleurs augmentèrent d'intensité jusqu'à la mort du malade qui survint trois mois après l'intervention.

Examen histologique (M. le docteur Pierre Nadal). — La tumeur présente des caractères variables suivant les points examinés. Une grande partie est constituée par des cellules très nombreuses, serrées, généralement arrondies, à noyau relativement gros, rappelant les

sarcomes globo-cellulaires. En ces points, la substance intercellulaire est peu abondante. Sa disposition est insulaire ou vaguement réticulée, ses vaisseaux sont très fins et à paroi mince, sans avoir toutefois l'aspect lacunaire réalisé par certains sarcomes.

Les vaisseaux préexistants, plus volumineux, englobés dans la tumeur subissent des altérations variées et on trouve des figures de péri et d'endartérite.

D'autres points présentent une abondance de substance intercellulaire collagène incomparablement plus grande; ici, les ilots de cellules sarcomateuses sont englobés dans une gangue abondante. Elles sont en moyenne plus petites que dans les zones à plein développement sarcomateux.

On trouve de loin en loin des cellules anormales, gigantesques, polynucléées; elles sont rares.

Il est vraisemblable qu'il s'agit ici d'un néoplasme activement envahissant que nous devons ranger dans les groupes des tumeurs sarcomateuses.

CONCLUSIONS

La constitution anatomique des aponévroses explique la rareté des caractères distinctifs des sarcomes qui s'y développent.

L'origine aponévrotique sera reconnue par l'étude macroscopique des rapports de la tumeur :

Elle pourra être affirmée si les adhérences avec la membrane existent seules;

Elle ne pourra être que soupçonnée si les organes voisins sont envahis; c'est là, d'ailleurs, le cas le plus fréquent.

Au point de vue clinique, dans la région du canal inguinal, il existe :

1° Des signes propres dus à la fixation du sarcome au niveau des aponévroses;

2° Des signes communs aux autres tumeurs malignes de la région.

L'évolution peut se faire vers la cavité abdominale par formation de métastases lombaires. Cette évolution se rencontre dans beaucoup de tumeurs malignes du canal quelle qu'en soit l'origine.

Le pronostic n'offre rien de particulier; il dépend de la variété histologique de la tumeur.

Le traitement est chirurgical ou radiothérapique suivant le degré d'extension du néoplasme.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Vu, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 2 mai 1928.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Doyen délégué,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD. — Tumeurs et traumatisme. *Bulletin médical*, Paris, 1912.
- BOLOGNESI. — Les tumeurs primitives des aponévroses. *Revue de chirurgie*, 1916.
- CHEVASSU. — Tumeur du testicule. Thèse Paris, 1906.
— Les tumeurs wolffiennés du ligament rond. *Revue de chirurgie et de gynécologie abdominale*, 1910.
- CHEVROLLÉ. — Contribution à l'étude des sarcomes primitifs de l'aîne. Thèse Paris, 1898-1899.
- DARBEAU. — Contribution à l'étude des tumeurs du cordon spermatique. Thèse Bordeaux, 1918-1919.
- DURAND. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la paroi abdominale. Thèse Lyon, 1902.
- DUBAR. — Carcinome muqueux du canal inguinal. *Bulletin médical du Nord*, Lille, 1890.
- DUBAR et VERHAEGHE. — A propos du testicule droit en ectopie inguinale. *Écho médical du Nord*, octobre 1911.
- DENUCÉ et RABÈRE. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 mai 1907.
- DEVÈZE et GRYNFELTT. — Fibromes des parois abdominales. *Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 1924-1925.
- GRÉGOIRE. — Considérations sur l'état des ganglions dans le cancer du testicule. *Archives générales de chirurgie*, juillet 1908.
- GROS-DEVAUD. — Carcinose herniaire. Thèse Paris, 1902-1903.
- HERTWIG. — Traité d'embryologie.
- HICKEL. — Une observation de tumeur wolfienne du ligament rond. Société anatomique de Paris, 1923.
- LE DENTU-DELBET. — Traité de chirurgie.

- HELLMANN. — Origine des sarcomes des parties molles de la région inguinale. Wurzburg, 1888.
- LECÈNE. — Un cas de triorchidie. *Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, janvier 1924.
- LEJARS. — Néoplasmes herniaires et périherniaires. *Gazette des hôpitaux*, 1889.
- LABBÉ et REMY. — Fibromes de la paroi abdominale antérieure. Paris, 1888.
- LE VOT. — Contribution à l'étude de la radiothérapie dans le traitement des sarcomes. Paris, 1909.
- LEROY. — Tumeur inguinale d'un diagnostic difficile. *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1885.
- GROSS. — Fibromes de la paroi abdominale. Congrès de chirurgie, 1893.
- GODLEWSKI. — Sarcome d'un testicule ectopié. *Montpellier médical*, 1906, p. 186.
- MASSON. — Les tumeurs : diagnostic histologique. Traité de pathologie médicale.
- MAJOUR. — Contribution à l'étude des sarcomes aponévrotiques. Thèse Paris, 1923.
- MENGARDUQUE. — Sarcomes aponévrotiques. Thèse de Bordeaux, 1884-1885.
- MÉNÉTRIER. — Le cancer.
- MÉRAUD. — Des sarcomes rétropéritonéaux. Paris, 1897.
- PATEL et CHALIER. — Tumeur du cordon spermatique. *Revue de chirurgie*, 1909.
- PETRESCO et NOVELEANO. — Fibrome de la paroi abdominale. *Journal de chirurgie*, Paris, 1925.
- RAYMOND. — Testicule en ectopie inguinale. Montpellier, 1903.
- ROGUET. — Sarcomes de la paroi antérieure. Paris, 1897-1898.
- REYNIER et FABRE. — Sarcome de la région inguinale guéri par le radium. *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, 1912.
- ROULLIÈS. — Contribution à l'étude de l'exérèse ganglionnaire dans les tumeurs malignes du testicule. Paris, 1919-1920.
- PROUST. — Sarcome et radiothérapie. Conférence à la Faculté de médecine de Paris.

- PATEL. — Un cas de cancer hernié. Société des sciences médicales, juin 1907.
- SEGOND. — Traumatisme et cancer. Congrès de chirurgie, 1907.
- SHLELTON HORSLEY. — Some unusualls growths in the region of the inguinal and the femoral canals. *Annals of surgery*, Philadelphie, 1925.
- SHULTE-GRANWINKEL. — Ein Sarkom der Regio inguinalis. Wurzburg, 1897.
- TOURNEUX. — Un cas de tuberculose herniaire primitive. Société anatomique de Paris, 1920.
- TUDER. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule en ectopie inguinale. Bordeaux, 1904.
- TROUARD-RIOLLE. — Tumeurs malignes de la paroi abdominale antérieure. Essai de classification histologique. Montpellier, 1923.
- VALAT. — Fibromes de la paroi abdominale. Toulouse, 1914.
- VANVERTS. — Des relations qui existent entre le traumatisme et le sarcome. Association française de chirurgie, Paris, 1907.

